

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____
(Apellido) (Primero) (Medio)

Nombre Del Cónyuge O Tutor Legal Si Paciente Es Menor De 18 Años _____

Fecha de Nacimiento _____ Estado Marcial: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Dirección o PO BOX: _____
(calle) (ciudad) (código postal)

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____ Número de seguro social: _____

Dirección de Negocios: _____

1. ¿Tiene alguna molestia en este momento? En caso afirmativo, describa. **Sí No** _____

2. ¿Ha tenido alguna vez algún problema grave relacionado con un tratamiento dental anterior? **Sí No** _____

3. ¿El tratamiento dental te pone nervioso? **Sí No**

4. ¿Fecha de su última visita al dentista? Tratamiento proporcionado ¿Limpieza? **Sí No** _____

5. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento por enfermedad periodontal (enfermedad de las encías, piorrea, boca de trinchera)? si es así, ¿cuándo y por quién? **Sí No** _____

6. ¿Le preocupa el mal olor del aliento? **Sí No**

7. ¿Le gustaría un aliento más fresco? **Sí No**

8. ¿Es alérgico a algún metal? ¿que tipo? **Sí No** _____

9. ¿Alguna vez ha tenido una reacción cutánea a las joyas? **Sí No** _____

10. ¿Estás satisfecho con tu sonrisa? Si no, ¿cómo lo mejoras? **Sí No** _____

11. ¿Quieres dientes más blancos? **Sí No**

12. ¿Qué busca en su nuevo dentista? _____

13. ¿Por qué dejaste a tu último dentista? _____

14. ¿Qué espera haber hecho durante su primera visita al dentista? _____

15. ¿Cómo se enteró de nuestra oficina? _____

Historia Médica

Nombre del paciente: _____

I. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA (Deje en BLANCO si no entiende la pregunta):

1. Sí No ¿Está en buena salud general?
2. Sí No ¿Han habido cambios en su salud durante el último año?
3. Sí No ¿Ha estado hospitalizado/a o ha tenido de una enfermedad grave en los últimos tres años? ¿Si Sí, por qué? _____
4. Sí No ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? ¿Para qué? _____

Fecha de su último examen médico: _____ Fecha de su última cita dental: _____

5. Sí No ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?
6. Sí No ¿Tiene algún dolor ahora?

II. HA NOTADO:

- | | |
|---|---|
| 7. Sí No ¿Dolor de pecho (angina)? | 18. Sí No ¿Mareos? |
| 8. Sí No ¿Los tobillos hinchados? | 19. Sí No ¿Ruidos o zumbidos en los oídos? |
| 9. Sí No ¿Falta de aliento? | 20. Sí No ¿Dolores de cabeza? |
| 10. Sí No ¿Reciente pérdida de peso, fiebre, sudor en la noche? | 21. Sí No ¿Desmayos? |
| 11. Sí No ¿Tos persistente o tos con sangre? | 22. Sí No ¿Vista borrosa? |
| 12. Sí No ¿Problemas de sangramiento, moretes? | 23. Sí No ¿Convulsiones? |
| 13. Sí No ¿Problemas nasales (sinusitis)? | 24. Sí No ¿Sed excesiva? |
| 14. Sí No ¿Dificultad al tragar? | 25. Sí No ¿Orina con frecuencia? |
| 15. Sí No ¿Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces? | 26. Sí No ¿Boca seca? |
| 16. Sí No ¿Vómitos con frecuencia, náuseas? | 27. Sí No ¿Ictericia? |
| 17. Sí No ¿Dificultad al orinar, sangre en la orina? | 28. Sí No ¿Dolor o rigidez en las articulaciones? |

III. TIENE O HA TENIDO:

- | | |
|---|--|
| 29. Sí No ¿Enfermedades del corazón? | 40. Sí No ¿SIDA? |
| 30. Sí No ¿Infarto de corazón, defectos en el corazón? | 41. Sí No ¿Tumores, cáncer? |
| 31. Sí No ¿Soplos en el corazón? | 42. Sí No ¿Artritis, reuma? |
| 32. Sí No ¿Fiebre reumática? | 43. Sí No ¿Enfermedades de los ojos? |
| 33. Sí No ¿Apoplejía, endurecimiento de las arterias? | 44. Sí No ¿Enfermedades de la piel? |
| 34. Sí No ¿Presión sanguínea alta? | 45. Sí No ¿Anemia? |
| 35. Sí No ¿Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades pulmonares? | 46. Sí No ¿Enfermedades venéreas (sífilis o gonorrea)? |
| 36. Sí No ¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado? | 47. Sí No ¿Herpes? |
| 37. Sí No ¿Problemas del estómago, úlceras? | 48. Sí No ¿Enfermedades renales (riñón), vejiga? |
| 38. Sí No ¿Alergias a remedios, comidas, medicamentos látex? | 49. Sí No ¿Enfermedades de tiroides o glándulas? |
| 39. Sí No ¿Familiares con diabetes, problemas de corazón, tumores? suprarrenales? | 50. Sí No ¿Diabetes? |

VI. TIENE O HA TENIDO:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 51. Sí No ¿Tratamiento psiquiátrico? | 56. Sí No ¿Hospitalizaciones? |
| 52. Sí No ¿Tratamientos de radiación? | 57. Sí No ¿Transfusiones de sangre? |
| 53. Sí No ¿Quimioterapia? | 58. Sí No ¿Cirugías? |
| 54. Sí No ¿Válvula artificial del corazón? | 59. Sí No ¿Marcapasos? |
| 55. Sí No ¿Articulación artificial? | 60. Sí No ¿Lentes de contacto? |

V. ESTÁ TOMANDO:

- | | |
|---|---|
| 61. Sí No ¿Drogas de uso recreativo? | 63. Sí No ¿Tabaco de cualquier tipo? |
| 62. Sí No ¿Remedios, medicamentos, medicamentos sin receta (incluyendo aspirina)? | 64. Sí No ¿Alcohol (bebidas alcohólicas)? |

Liste por favor: _____

VI. SÓLO PARA MUJERES:

- | | |
|--|--|
| 65. Sí No ¿Está o podría estar embarazada o dando pecho? | 66. Sí No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? |
|--|--|

VII. PARA TODOS LOS PACIENTES:

67. Sí No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO está en este cuestionario?

Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informaré a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo.

Firma del Paciente _____

Fecha _____

Patient Name: _____ Patient Identification Number: _____

Birth Date: _____

I. CIRCLE APPROPRIATE ANSWER (leave Blank if you do not understand question):

- | | | | | | | |
|----|-----|----|--|--|--|--|
| 1. | Yes | No | Is your general health good? | | | |
| 2. | Yes | No | Has there been a change in your health within the last year? | | | |
| 3. | Yes | No | Have you been hospitalized or had a serious illness in the last three years?
If YES, why? _____ | | | |
| 4. | Yes | No | Are you being treated by a physician now? For what? _____
Date of last medical exam? _____ Date of last Dental exam _____ | | | |
| 5. | Yes | No | Have you had problems with prior dental treatment? | | | |
| 6. | Yes | No | Are you in pain now? | | | |

II. HAVE YOU EXPERIENCED:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|----|--|-----|-----|----|------------------------|
| 7. | Yes | No | Chest pain (angina)? | 18. | Yes | No | Dizziness? |
| 8. | Yes | No | Swollen ankles? | 19. | Yes | No | ringing in ears? |
| 9. | Yes | No | Shortness of breath? | 20. | Yes | No | Headaches? |
| 10. | Yes | No | Recent weight loss, fever, night sweats? | 21. | Yes | No | Fainting spells? |
| 11. | Yes | No | Persistent cough, coughing up blood? | 22. | Yes | No | Blurred vision? |
| 12. | Yes | No | Bleeding problems, bruising easily? | 23. | Yes | No | Seizures? |
| 13. | Yes | No | Sinus problems? | 24. | Yes | No | Excessive thirst? |
| 14. | Yes | No | Difficulty swallowing? | 25. | Yes | No | Frequent urination? |
| 15. | Yes | No | Diarrhea, constipation, blood in stools? | 26. | Yes | No | Dry mouth? |
| 16. | Yes | No | Frequent vomiting, nausea? | 27. | Yes | No | Jaundice? |
| 17. | Yes | No | Difficulty urinating, blood in urine? | 28. | Yes | No | Joint pain, stiffness? |

III. DO YOU HAVE OR HAVE YOU HAD:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|----|---|-----|-----|----|-----------------------------|
| 29. | Yes | No | Heart disease? | 40. | Yes | No | AIDS |
| 30. | Yes | No | Heart attack, heart defects? | 41. | Yes | No | Tumors, cancer? |
| 31. | Yes | No | Heart murmurs? | 42. | Yes | No | Arthritis, rheumatism? |
| 32. | Yes | No | Rheumatic fever? | 43. | Yes | No | Eye diseases? |
| 33. | Yes | No | Stroke, hardening of arteries? | 44. | Yes | No | Skin diseases? |
| 34. | Yes | No | High blood pressure? | 45. | Yes | No | Anemia? |
| 35. | Yes | No | Asthma, TB, emphysema, other lung diseases? | 46. | Yes | No | VD (syphilis or gonorrhea)? |
| 36. | Yes | No | Hepatitis, other liver disease? | 47. | Yes | No | Herpes? |
| 37. | Yes | No | Stomach problems, ulcers? | 48. | Yes | No | Kidney, bladder disease? |
| 38. | Yes | No | Allergies to: drugs, foods, medications, latex? | 49. | Yes | No | Thyroid, adrenal disease? |
| 39. | Yes | No | Family history of diabetes, heart problems, tumors? | 50. | Yes | No | Diabetes? |

IV. DO YOU HAVE OR HAVE YOU HAD:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|----|-------------------------|-----|-----|----|---------------------|
| 51. | Yes | No | Psychiatric care? | 56. | Yes | No | Hospitalization? |
| 52. | Yes | No | Radiation treatments? | 57. | Yes | No | Blood transfusions? |
| 53. | Yes | No | Chemotherapy? | 58. | Yes | No | Surgeries? |
| 54. | Yes | No | Prosthetic heart valve? | 59. | Yes | No | Pacemaker? |
| 55. | Yes | No | Artificial joint? | 60. | Yes | No | Contact lenses? |

V. ARE YOU TAKING:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|----|--|-----|-----|----|----------------------|
| 61. | Yes | No | Recreational drugs? | 63. | Yes | No | Tobacco in any form? |
| 62. | Yes | No | Drugs, medications, over-the-counter medicines
(including Aspirin), natural remedies? | 64. | Yes | No | Alcohol? |

Please list: _____

VI. WOMEN ONLY:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|----|--|-----|-----|----|-----------------------------|
| 65. | Yes | No | Are you or could you be pregnant or nursing? | 66. | Yes | No | Taking birth control pills? |
|-----|-----|----|--|-----|-----|----|-----------------------------|

VII. ALL PATIENTS:

- | | | | |
|-----|-----|----|---|
| 67. | Yes | No | Do you have or have you had any other diseases or medical problems NOT listed on this form? |
|-----|-----|----|---|

If so, please explain: _____

To the best of my knowledge, I have answered every question completely and accurately. I will inform my dentist of any change in my health and/or medication.

Patient's signature: _____ Date: _____

RECALL REVIEW:

- | | | | | |
|----|---------------------|-------|-------|-------|
| 1. | Patient's signature | _____ | Date: | _____ |
| 2. | Patient's signature | _____ | Date: | _____ |
| 3. | Patient's signature | _____ | Date: | _____ |



LEY HIPAA OMNIBUS

Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud, Autorización limitada y forma de liberación.

Puede negarse a firmar este reconocimiento y autorización. Al negarse puede ser que no se permita procesar sus reclamos de seguros.

- Al proporcionar direcciones de correo electrónico y números de teléfono celular, estoy de acuerdo en ser contactado por correo electrónico y mensaje de texto para confirmar las citas/programar citas y presentar la información del seguro/facturación. Métodos adicionales pueden incluir: teléfono de casa, teléfono del trabajo, y cualquier correo de voz. Si ninguno de estos métodos está disponible, entiendo que las copias en papel pueden ser enviadas por correo a mi dirección de casa.
- Estoy de acuerdo que la información de mi salud puede ser transmitida electrónicamente a cualquier persona involucrada en mi cuidado médico/dental o para el pago de su cuidado médico/dental.

Porfavor indicar las personas que puedan aportar por usted: (esto incluye esposo/a y cuidador que pueden tener acceso a los registros)

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

El que suscribe reconoce la recepción o la comprensión del aviso actualmente vigente de las prácticas de privacidad de este centro de salud. Una copia de esta firmado, fechado documento deberá ser tan eficaz como el original

****Mi firma también servirá como un documento de información de la versión de la salud publica debería yo en el futuro solicitar tratamiento o radiografías ser enviados a otros doctores/instalaciones****

Por favor escribe el nombre de el paciente(s)

Por favor escribe el nombre del padre o tutor

Firma del paciente o padre/tutor

Relación al paciente

Fecha: _____

Solo uso de oficina

Se intentó obtener la firma del padre/tutor en este reconocimiento pero no lo hizo porque:

Una situación de emergencia impidió consentimiento _____

Barrera de comunicación con el paciente _____

Individuo se negó a firmar _____

Otro (descubrir) _____

Firma del personal de Avondale Dentistry



PÓLIZA DE SEGUROS Y FINANCIERA

Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ N. ° de seguro social ____ - ____ - ____

Empleador _____ Compañía de seguro _____ Grupo # _____

Información secundaria del seguro _____

Nuestra oficina lo ayudará a procesar las reclamaciones de seguros. Esperamos que los pacientes cubiertos lean sus pólizas detenidamente y se familiaricen con los beneficios y las limitaciones. Es importante comprender que el seguro dental está diseñado para reducir el costo, no para eliminarlo por completo. Tenga en cuenta que las estimaciones de preautorización de los beneficios del seguro son solo estimaciones. Tratar con las compañías de seguros se ha convertido en un proceso que requiere mucho tiempo. Nuestra oficina no es responsable de las determinaciones de pólizas de seguro ni de las decisiones de cobertura. Independientemente de dicha determinación o decisión emitida por la aseguradora, usted sigue siendo financieramente responsable de su atención dental.

Procesaremos su reclamo de seguro electrónicamente en el momento del servicio. Serás responsable de lo que no cubra tu compañía de seguros. Si su compañía de seguros le paga directamente, usted será responsable de su pago en el momento del servicio. Se espera un copago en el momento del servicio. Si no se sabe en el momento de su cita, se le enviará una factura por el saldo restante. Todos los pagos deben realizarse dentro de los 15 días posteriores a la fecha de facturación. A menos que se hayan hecho arreglos previos, las cuentas impagas después de 15 días a partir de la fecha de facturación están sujetas a un cargo financiero del 1.5% por mes (18% por año). Si se remite su cuenta para el cobro, usted será responsable de los costos judiciales y los honorarios de los abogados.

Tenga en cuenta que William N. Cummings, DMD, PC requiere el pago antes de completar su tratamiento. Si elige interrumpir la atención antes de que se complete el tratamiento, su reembolso se determinará tras la revisión de su caso. **Se cobra una tarifa de \$ 50.00 a los pacientes que faltan o cancelan más de 1 vez en un año calendario sin previo aviso con 24 horas de anticipación.**

He leído y entiendo las declaraciones anteriores y he tenido la oportunidad de discutir esta información con el Dr. Cummings y / o miembros de su personal. Acepto los términos anteriores

Firma del paciente / tutor _____ Fecha _____